Nr 17. Kraków, 28. kwietnia 1917. Rok LVI.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

## LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

## CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i Księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 28. kwietnia 1917. Nr 17.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

**Z oddziału chorób wewnętrznych (I B.) Szpitala św. Łazarza w Krakowie.**

## W sprawie rokowania w durze brzusznym

napisał

**prym. Dr Antoni Krokiewicz.**

Rokowanie w durze brzusznym jest częstokroć bardzo nieuchwytne i nieobliczalne i wymaga ze strony lekarza zawsze wielkiej ostrożności. Przebieg chorobowy zależy nietylko od indywidualności chorego i od siły zakażenia, ale i od różnych niespodziewanych powikłań. Znane są odosobnione przypadki, w których chorzy, pozornie zdrowi i oddający się swej zawodowej pracy, nagle giną wśród objawów ostrego zapalenia otrzewnej, a oględziny pośmiertne jako przyczynę zejścia śmiertelnego wykazują przedziurawienie jedynego owrzodzenia jelitowego na tle duru brzusznego. Bardzo korzystnie zwykł dur brzuszny przebiegać u dzieci; inaczej rzecz się przedstawia u osób starszych (ponad 45. rokiem życia), otyłych, nałogowych pijaków, w przebiegu ciąży, organicznych wad sercowych i rozedmy płuc.

Zejście śmiertelne najczęściej następuje w drugim i trzecim tygodniu choroby wskutek porażenia serca; rzadziej w późniejszym okresie i podczas zdrowienia z powodu dołączających się powikłań, jak: pęknięcia owrzodziałej ściany jelita i następowego zapalenia posokowatego otrzewnej, zapalenia płuc, zatoru płuc, zatoru mózgowego, wybroczyny mózgowej i odleżyn zgorzelinowych.

Kliniczne objawy, które w zwykłych warunkach uprawniają do groźnego oceniania przypadku chorobowego, są te, które wogóle zapowiadają ciężkie zakażenie, a mianowicie: a) Ciężkie przypady mózgowe w miarę dłuższego trwania. Liebermeister podaje 70% śmierci u chorych, dotkniętych śpiączką (coma) w przebiegu duru brzusznego. b) Nagłe osłabienie czynności serca i obniżenie się parcia krwi. c) Długotrwała gorączka ponad 40° C. (febris continua protracta), zwłaszcza, jeśli krzywe ciepłoty i tętna się krzyżują. Opadnięcie ciepłoty poniżej poziomu prawidłowego wskazuje na zapad. d) Uporczywa znaczna bębnica (meteorismus), która upośledza czynność serca i usposabia do pęknięcia owrzodziałą ścianę jelita. e) Zapalenie otrzewnej. Mniej niekorzystne co do rokowania są krwotoki jelitowe, wśród których zejście śmiertelne następuje w 20—30% przypadków.

Wogóle przy rokowaniu w durze brzusznym należy uwzględnić całokształt objawów klinicznych, a mianowicie ciepłotę ciała, tętno, objawy mózgowe i zmiany w poszczególnych narządach. Ale i naówczas częstokroć brak pewnej wytycznej w rokowaniu: wydarza się bowiem, iż przebieg o bardzo ciężkiem nasileniu jest w zakończeniu korzystny, a mniej groźny i na razie nie budzący obawy kończy się niepomyślnie.

Bardzo znamienne zmiany wykazuje badanie krwi w przebiegu duru brzusznego. Zrazu zmniejsza się ilość krwinek białych i wytwarza się hypoleukocytoza lub leukopenia. Eichorst w jednym przypadku stwierdził w pierwszym tygodniu choroby w 1 mm krwi 2300 leukocytów. Zmniejszanie się ilości krwinek białych dotyczy głównie ciałek neutrofilnych wielojądrzastych i eozynofilnych, a mniej limfocytów. Z ustąpieniem gorączki przybierają na ilości limfocyty i krwinki eozynofilne, a zmniejsza się bardziej jeszcze ilość krwinek białych neutrofilnych. W okresie ozdrowienia wytwarza się wybitna limfocytoza i eozynofilia, natomiast krwinki neutrofilne wielojądrzaste dochodzą do prawidłowej ilości. Jeśli w przebiegu duru brzusznego wbrew regule stwierdza się we krwi nadmierną ilość krwinek białych (hyperleucocytosis), wskazuje to na powikłanie ze sprawami zapalnemi w narządach wewnętrznych; hyperleukocytozy nie bywa, według spostrzeżeń Thayera, naówczas tylko u osobników bardzo wynędzniałych.

To też bardzo cennym wskaźnikiem dla rokowania jest odsetek poszczególnych postaci krwinek białych we krwi chorych na dur brzuszny. Zły zwiastun stanowią bardzo nizkie cyfry krwinek białych wogóle, a szczególnie limfocytów, tudzież brak leukocytozy w przebiegu powikłań. Korzystnym objawem jest pojawienie się już skąpych krwinek eozynowych na szczycie gorączki, gdyż okoliczność ta zapowiada spadek gorączki. Toż samo względnie wysoki odsetek ciałek neutrofilnych w przypadkach, gdzie brak powikłań, również jest pomyślną zapowiedzią. Zwiększenie się ilości limfocytów przemawia za skłonnością do opadnięcia gorączki (Naegeli). Natomiast, według Josuego, nieznaczne tylko zmniejszenie się ilości białych krwinek i obecność krwinek eozynowych we krwi w czasie gorączki są objawami niekorzystnymi w rokowaniu.

Nie ulega wątpliwości, iż uwzględnienie obrazu hematologicznego w durze brzusznym, jak to sami niejednokrotnie mogliśmy stwierdzić, może się przyczynić do należytego ocenienia przypadku chorobowego. Badanie jednak krwi wymaga dużo czasu, wprawy i wielkiej dokładności, a tem samem wobec licznego materyału szpitalnego jest nieraz wprost niewykonalne.

Odczyn dwuazowy Ehrlicha, według naszego doświadczenia, nie występuje stale w przebiegu duru brzusznego i nie może być zaliczony do objawów, wskazujących na jakość przebiegu choroby.

W roku 1906 ogłosił Dr Blassberg, ówczesny sekundaryusz na moim oddziale, w »Przeglądzie lekarskim« Nr 18, przypadek duru brzusznego u 38-letniego mężczyzny, zakończony śmiercią w IV okresie choroby, w którym odczyn Gruber-Widala za życia wypadł ujemnie. Protokół oględzin pośmiertnych pokrótce opiewał: Ileo- et colotyphus in stadio detersionis ulcerum. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Fragmentatio myocardii. Pneumonia lobularis lobi inferioris pulmonis u-

triusque. Hypoplasia cordis et vasorum. Wówczas wyłoniło się zapatrywanie, ażali brak odczynu Gruber-Widala za życia przy rozwiniętym całokształcie klinicznych objawów duru brzusznego nie jest poważnym objawem, wskazującym na niepomyślny przebieg choroby.

W ciągu ostatniego dziesięciolecia na ogólną ilość 475 przypadków duru brzusznego, spostrzeganych na oddziale, mogłem stwierdzić to zapatrywanie 6 razy. Przypadki te pokrótce przedstawiają się następująco:

1) K. P., l. 19, palacz kolejowy, zamieszkały w Woli duchackiej (pow. Podgórze), ma być chory od tygodnia i doznawać dreszczów, bólu głowy, gorączki i bardzo znacznego ogólnego osłabienia. Przywieziony do szpitala 9. XI. 1916. Badanie wykazuje: Budowa i odżywienie dobre. Skóra sucha; na klatce piersiowej i brzuchu obfita osutka plamista, a skąpa guzkowa. Ciepłota ciała pod wieczór 39·6° C. Gruczoły chłonne prawidłowe. Klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona. Granice płuc prawidłowe, ruchome. Odgłos opukowy na klatce piersiowej wszędzie jawny; szmery oddechowe zaostrzone, pokryte skąpymi świstami i furczeniami; liczba oddechów 26 na minutę. Serce nieco powiększone na poprzek; tony serca czyste; tętno 92, równe, regularne, dość dobrze napięte. Język wilgotny, obłożony. Brzuch prawidłowo wysklepiony, przy ucisku tkliwy; nad kątnicą kruczenie. Wątroba prawidłowa; śledziona duża, twarda. W moczu ślad białka; chlorki lżejsze. Chory odurzony i znacznie osłabiony.

Chory pozostawał 6 dni w szpitalu i zmarł 16. XI. 1916. Przez cały czas był nieprzytomny i zanieczyszczał się. Ciepłota ciała wahała się między 39°—40° C.; osutka na skórze utrzymywała się w tem samem nasileniu. Tętno przez cztery dni było wcale dobre, nieco miększe, regularne, wynosiło od 100—112 na minutę; dopiero w ostatnich dwóch dniach nagle stało się prawie niewyczuwalnem. Z tyłu na klatce piersiowej, po stronie lewej od połowy łopatki ku podstawie, odgłos opukowy przytłumionobębenkowy; tamże szmery oddechowe silnie zaostrzone i pokryte dość licznemi rzężeniami; zresztą stan płuc niezmieniony. Odczyn Fickera, wykonany na trzy dni przed zejściem śmiertelnem, wypadł zupełnie ujemnie. Rozpoznanie kliniczne opiewało: Typhus abdominalis. Hypostasis pulmonum praecipue sin.

Oględziny pośmiertne, dokonane w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiell., wykazały: Typhus abdominalis. Pneumonia lobi inferioris sin.

W jelicie biodrowem liczne grudki limfatyczne wielkości ziarna grochu, soczyste, różowe. Toż samo kępy Peyera w okresie nacieku rdzeniastego. Gruczoły krezkowe wielkości orzecha laskowego, miękkie, soczyste.

2) M. Z., córka rolnika z Giebułtowa (pow. Kraków), licząca lat 18. Choroba ma trwać od 16 dni; rozpoczęła się dreszczami, do których dołączyły się bóle głowy, rozwolnienie i ogólne osłabienie. Badanie w dniu 1. XI. 1916 r. wykazało: Budowa silna, odżywienie dobre. Skóra różowa (turgor faciei); na brzuchu i klatce piersiowej dość obfita osutka guzkowa. Gruczoły chłonne bez zmian. Klatka piersiowa prawidłowa. Z przodu granica dolna płuca prawego sięga w linii sutkowej do 6. żebra, a lewego do 4. żebra; z tyłu po obu stronach w linii przykręgowej do dolnego brzegu 10. żebra; ruchoma. Odgłos opukowy z przodu na klatce piersiowej wszędzie jawny, tamże szmery oddechowe zaostrzone, pokryte skąpymi świstami i gwizdami. Z tyłu po obu stronach od dolnego kąta łopatki do dolnej granicy odgłos przytłumionobębenkowy, szmery oddechowe zaostrzone i pokryte dość licznemi rzężeniami; zresztą odgłos wszędzie jawny, a szmery oddechowe zaostrzone i pokryte skąpymi świstami. Liczba oddechów 32 na minutę. Serce na poprzek nieznacznie powiększone; tony serca głuche. Tętno 102 na minutę, regularne, dość dobrze napięte. Język wilgotny, lekko obłożony. Brzuch wzdęty; na skórze brzucha dość obfita osutka guzkowa; jeden stolec na dobę o wejrzeniu grochowianki. Wątroba bez zmian. Śledziona (opukiwanie) powiększona. Mocz wysycony, oddziałuje kwaśno, zawiera białko w miernej ilości; pod drobnowidem w osadzie widoczne wałeczki szkliste, skąpe ziarniste i dość liczne krwinki białe. Chora odurzona, uskarża się na silny ból głowy; bezsenność; ogólne znaczne osłabienie.

Chora pozostawała w szpitalu od 2. XI. do 7. XI. 1916 i zmarła; przez cały czas była odurzona, skarżyła się na bóle głowy, gorączkowała od 39°—40° C. W płucach stan taki sam się utrzymywał; liczba oddechów wahała się od 30—44 na minutę. Tętno wahało się od 102—108 na minutę i dopiero na 24 godzin przed zejściem śmiertelnem wynosiło 150 uderzeń na minutę; zawsze było bardzo miękkie. Rozwolnienie nieznaczne przez cały czas choroby, a stolec o wejrzeniu zupy grochowej. Odczyn Fickera, dwukrotnie wykonany, zupełnie ujemny. Rozpoznanie kliniczne opiewało: Typhus abdominalis. Hypostasis pulmonum praecipue pulmonis sinistri. Nephritis acuta.

Wynik oględzin pośmiertnych, dokonanych w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiell., pokrótce opiewa: Ileo- et colotyphus in stadio infiltrationis et incipientis exulcerationis. Tumor lienis acutus. Pneumonia hypostatica bilateralis incipiens. Nephritis ac. Degeneratio parenchymatosa myocardii et hepatis.

W obrębie grudek jelitowych i kęp Peyera zarówno w jelicie biodrowem, jak i w kątnicy i okrężnicy wstępującej nacieki rdzeniaste. Wśród obrzękłych kęp Peyera gdzieniegdzie płytkie owrzodzenia nieregularne, pokryte żółtawym strupem. Gruczoły krezkowe powiększone, rdzeniaste.

3) K. W., służąca z Krakowa, licząca lat 22. Według wywiadów choroba od 2 tygodni ma objawiać się dreszczami, silnymi bólami głowy i gorączką. Dwoje rodzeństwa w domu chore na tyfus brzuszny. Badanie w dniu 8. XI. 1916 wykazało: Budowa i odżywienie dobre. Skóra sucha, gorąca, różowa. Ciepłota ciała pod wieczór 40° C. Gruczoły chłonne prawidłowe. Klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona. Granice płuc prawidłowe, ruchome. Odgłos opukowy wszędzie na klatce piersiowej jawny; szmery oddechowe zaostrzone, pokryte skąpymi świstami; liczba oddechów 28 na minutę. Wymiary serca prawidłowe; tony czyste; tętno 110, regularne, równe, słabiej napięte. Język obłożony, podsychający; na wargach przyschła wydzielina (fuligo). Brzuch miernie wzdęty. Skóra na brzuchu okazuje bardzo skąpe guzki. Okolica jelita ślepego przy ucisku tkliwa; tamże kruczenie; 6—7 stolców na dobę o wejrzeniu grochowianki. Wątroba nie powiększona. Śledziona macalna, miękka, za dotykiem bolesna. W moczu wybitny ślad białka. Chora odurzona i osłabiona.

Chora leżała w szpitalu przez 11 dni. Przez cały czas była nieprzytomna, silnie odurzona i gorączkowała stale od 40°—40·5° C. Liczba uderzeń tętna wynosiła od 72—100 na minutę; tętno było równe i dość dobrze napięte, aż dopiero na dwa dni przed zejściem śmiertelnem liczba tętna podskoczyła do 140, przyczem tętno nagle stało się bardzo miękkie. Liczba oddechów wynosiła od 28—30 na minutę; w płucach jedynie tylko objawy nieżytu oskrzelowego. Śledziona miernie powiększona i przy dotykaniu bolesna. Na skórze brzucha nieznaczna osutka guzkowa. Ilość stolców o wejrzeniu grochowianki 6—7 na dobę. Odczyn Fickera na 2 dni przed zejściem śmiertelnem zupełnie ujemny. Dnia 19. XI. 1916 chora zmarła wśród ogólnego zapadu. Rozpoznanie kliniczne opiewało: Typhus abdominalis. Oedema inflammatorium renum.

Protokół oględzin pośmiertnych, dokonanych w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiell., pokrótce: Ileotyphus (stadium necroticum). Nephritis acuta. W dolnym odcinku jelita biodrowego, kątnicy i części dolnej okrężnicy wstępującej nacieki rdzeniaste w obrębie kęp, jak i grudek limfatycznych, powierzchownie zastrupiałe. Otrzewna w obrębie nacieków rdzeniastych silnie nastrzykana. Gruczoły krezkowe wielkości orzecha laskowego, soczyste, różowe, zawierają dość liczne ogniska martwicze.

(Dokończenie nastąpi).

---

**Ze szpitala garnizonowego Nr 15. w Krakowie.**
**(Komendant Dr Ludwik Dąbrowski, st. lekarz sztabowy).**
**(Oddział kiłowo-skórny).**

## Wartość rozpoznawcza odczynu skórnego Noguchiego w kile

podał

**Dr K. Missona.**

Stan nadwrażliwości skóry przy przewlekłych chorobach zakaźnych był przedmiotem badania wielu autorów już od czasu Kocha. Zwłaszcza w rozpoznawaniu gruźlicy allergia skóry odgrywa doniosłą rolę tak przy stosowaniu

metody tuberkulinowej Kocha, jak niemniej przy stosowaniu odczynu skórnego Pirqueta. Obaj ci badacze polecili te odczyny jako środek rozpoznawczy w przypadkach wątpliwych rozpoczynającej się gruźlicy, gdzie badanie bakteryologiczne i fizyczne najczęściej zawodziło.

Sprawą allergii skóry w innych sprawach zakaźnych, jak nosacizna, dur, zajmowali się, jako pierwsi, francuscy badacze Roux i Nocard, jakoteż Chantemesse, uzyskując za pomocą wyciągów bakteryjnych odczyny ogólne i lokalne.

W tym samym czasie zajmowała uczonych sprawa nadwrażliwości skóry u osób kiłowych. Do jej rozwiązania zmierzało wielu autorów, między innymi Neisser, Finger, Nicolas, Favre, Jadassohn i Nacano. Posługiwali się oni przy próbach wywołania swoistego odczynu skórnego u osób kiłowych wyciągami z wytworów chorobowych kiły drugorzędnej i trzeciorzędnej, jakoteż wyciągiem z wątroby płodów kiłowych. Jeden z pierwszych zajmował się odczynem skórnym przy kile Meireszkowski (Arch. f. Derm. u. Syph. 1909), wywołując dość często wyraźne odczyny skórne za pomocą zawiesiny glicerynowej z wątrób kiłowych. Ten sam autor, jakoteż i Tedeschi usiłowali na sposób odczynu Calmetta wywołać u kiłowych swoisty odczyn spojówkowy. Dopiero jednemu z późniejszych badaczy, t. j. Nacano (Archiv. f. Derm. u. Syph. 1913, C. XVI), powiodło się w dwóch przypadkach kiły trzeciorzędnej zapomocą przesączonego wyciągu wątroby kiłowej wywołać w skórze chorych na kiłę twory, podobne zupełnie do kilaków. Sądził on na tej podstawie, że późne wykwity kiły stoją w bardzo blizkiem pokrewieństwie z odczynem anafilaktycznym skóry. Również R. Müller i R. O. Stein (Wien. klin. Wochenschrift 1913 Nr 11 i 21), a w tym samym czasie Klausner (Wien. klin. Wochensch. 1913 Nr 2, 40) podali wyniki szczepienia wyciągiem wodnym z tkanek kiłowych lub z nadnerczy płodów kiłowych.

Mimo tu i ówdzie dodatnich wyników większość autorów była zdania, że dopiero zdobycie czystej hodowli krętka bladego może wyjaśnić sprawę allergii skóry i błon śluzowych w kile.

Z uzyskaniem czystej hodowli krętka bladego przez Noguchiego w r. 1910 i sporządzeniem przez tegoż tak zwanej »luetyny«, t. j. zawiesiny krętków, hodowanych na agarze z płynem puchlinnym, ogrzewanej następowo przez godzinę przy 60° C. (fenol 0·5%), poczęła się nowa serya badań, która dla rozpoznawania kiły, jak i stosunku kiły do porażenia postępującego może mieć wielkie znaczenie. Dokładniejsze dane co do hodowli krętka bladego i sporządzania luetyny zawarte są w pracach Noguchiego, podanych niżej.

Wkrótce po ukazaniu się pracy Noguchiego p. t. »Hautallergie bei Syphilis« etc. (Münchener med. Wochschr. Nr 45 1911) szereg autorów wystąpił z publikacyą doświadczeń, wykonanych zapomocą luetyny na materyale kiłowym. Pierwsi byli tu Nobl i Fluss (Wien. klin. Woch. 1912 Nr 13) i Kämmerer (Münch. m. Woch. 1912 Nr 28).

Prawie wszyscy autorowie oświadczają zgodnie, że odczyn skórny Noguchiego w kile pierwotnej bardzo rzadko daje dodatnie wyniki, natomiast w kile trzeciorzędnej prawie w 100% przypadków odczyn luetynowy wypada dodatnio. W porównaniu z odczynem Wassermanna w trzeciorzędnej kile odczyn skórny daje wyniki lepsze. W okresie drugorzędnej kiły odczyn Wassermanna góruje znacznie ilością dodatnich wyników nad odczynem luetynowym.

Ograniczam się tutaj tylko do podania wyników, otrzymanych przez Noguchiego na licznym materyale kiłowym, szczepionym luetyną. W kile pierwotnej miał Noguchi na osiem przypadków leczonej lub nieleczonej kiły w 7 przypadkach wynik ujemny. W przypadkach kiły świeżej przypadki leczone wykazały więcej wyników dodatnich, niż przypadki nieleczone. Na 30 przypadków leczonych salwarsanem był w 22 przypadkach odczyn skórny dodatni. Z 27 kiłowych w okresie trzecim wykazały wszystkie przypadki odczyn luetynowy dodatni. Z 72 przypadków porażenia postępującego był w 45 wynik dodatni, a w 27 wynik ujemny. Z 5 przypadków wiądu rdzenia był w 3 wynik dodatni, a w 2 wynik ujemny.

Przedsiębrane dotychczas badania kontrolne odczynu luetynowego są nieliczne, gdyż odkrywca nie oddał luetyny do publicznego użytku. Nieliczne kliniki i szpitale dostały ją wprost od Noguchiego. Do nich należał oddział chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie. Na materyale tego szpitala, jakoteż i w oddziale kiłowym szpitala garnizonowego w Krakowie, wykonałem szereg doświadczeń z luetyną na licznym, różnorodnym materyale kiłowym. Przy tych próbach trzymałem się ściśle przepisu Noguchiego, podanego w pracy tego autora p. t. »Hautallergie bei Syphilis« (Münchener med. Wochenschr. 1911, Nr 45).

Brałem dla dorosłych 0·07 cm sz., zaś dla dzieci 0·05 cm sz. luetyny. Te ilości luetyny rozcieńczałem za pomocą wyjałowionego fizyologicznego rozczynu soli kuchennej do łącznej ilości 0·1. W ten sposób przygotowaną luetynę (w ilości 0·1) wstrzykiwałem w przypadkach kiłowych, jakoteż w kontrolnych, wśródskórnie (intracutan) w górnej części ramienia po poprzedniem dokładnem oczyszczeniu skóry eterem i alkoholem. Idąc za radą Noguchiego, zaniechałem wstrzykiwania płynu kontrolnego (składającego się z pożywki, na której hodujemy krętki, karbolizowanej i następowo rozcieńczonej).

Zaszczepione w ten sposób osoby zdrowe oddziaływały na wstrzyknięcie luetyny wystąpieniem w miejscu ukłucia małego bąbla, którego otoczenie po upływie doby przybiera barwę lekko różową; w 12 godzin później bąbel ten przybiera barwę sinawą, zwiększa się niekiedy cokolwiek, zaś w 3—4 dniu po wstrzyknięciu zabarwienie to, jakoteż i naciek znika, a w miejscu ukłucia pozostaje twardy guzek, wielkości soczewicy.

Inaczej przedstawia się sprawa u kiłowych. Po dobie lub dwu dobach wytwarza się tu guzek rozmaitej wielkości, wysterczający ponad skórę sąsiednią, żywoczerwony, z obwódką o podobnem zabarwieniu. Wielkość tych guzków wynosi 5—10 mm. Często już w drugim dniu tworzy się dookoła guzka wał widocznie obrzękły; granice między guzkiem, a otoczeniem najbliższem są wyraźnie zarysowane. Niekiedy odczyn poczyna już w czwartym dniu gasnąć, to jest zaczerwienienie znika, guzek zmniejsza się; niekiedy znów powstaje jeszcze silniejszy odczyn, guzek rośnie wyraźnie ponad otoczenie, rąbek zapalny około niego przybiera szersze rozmiary (2—3 mm). Stan ten trwa łącznie 4 lub 5 dni. Największe nasilenie odczynu przypadało wtedy według naszych spostrzeżeń na 6—7 dni po wstrzyknięciu. W większości atoli przypadków w 4. lub 5. dniu po szczepieniu guzek przechodził w krostę (pustula), a po wydaleniu się jej treści następowało szybkie wessanie.

Według czasu powstawania tego odczynu, wielkości guzków i czasu, w którym cofają się te zmiany, możemy rozróżnić dwa rodzaje nasilenia odczynu skórnego:

1) Słaby odczyn w postaci guzka wielkości 4—6 mm z małym rąbkiem zapalnym lub też tylko słabo zaznaczonym rąbkiem. Guzek dochodzi dość często do wielkości małego grochu z odczynem zapalnym w najbliższem otoczeniu.

2) Silny odczyn w postaci guzka, wyraźnie nad powierzchnię skóry wysterczającego, odcinającego się ostro od szerokiego 3—4 mm rąbka zapalnego. Niekiedy guzek taki wzrasta wyraźnie z dnia na dzień, dochodząc do wielkości bobu i dopiero w 7. lub 8. dniu od powstania rozpoczyna się cofanie się nacieku, rzadko przebicie z wylaniem się treści z rozmiękłego guzka.

Liczba szczepionych przypadków kiły wynosiła 158; przypadków kontrolnych, t. j. takich, gdzie badanie kliniczne i serologiczne kiły nie wykazało, było 20. W tych 20 kontrolnych przypadkach postępowałem przy szczepieniu luetyną podobnie, jak u kiłowych.

Wyniki naszych doświadczeń z odczynem luetynowym przedstawiają się następująco:

| Rodzaj choroby | Liczba przypadków | Wynik dodatni | Wynik ujemny |
|---|---|---|---|
| Lues congenita | 15 | 14 | 1 |
| Lues I. | 18 | 4 | 13 |
| Lues II. | 40 | 18 | 22 |
| Lues III. | 63 | 61 | 2 |
| Lues latens | 23 | 14 | 9 |
| Razem | 158 | | |
| Kontrolne przypadki | 20 | — | 20 |

W kile wrodzonej wynik odczynu luetynowego pokrywał się całkowicie z wynikiem odczynu Wassermanna, który przeprowadzaliśmy we wszystkich przypadkach badanych sposobem Noguchiego. W kile pierwotnej i drugorzędnej w stosunku do odczynu Wassermanna odczyn luetynowy dał nizki odsetek wyników dodatnich. Na 23 przypadków kiły utajonej, badanych luetyną, otrzymaliśmy wynik dodatni w 14, zaś ujemny w 9, za pomocą odczynu Wassermanna wynik dodatni w 17, ujemny w 6.

Najważniejszą grupę dla odczynu luetynowego obok kiły wrodzonej stanowiła kiła trzeciorzędna, tak leczona, jakoteż nie leczona. Na 63 przypadków kiły trzeciorzędnej odczyn luetynowy dał w 61 wynik dodatni, w 2 zaś ujemny, odczyn zaś Wassermanna w 52 dodatni, a w 11 ujemny.

Na podstawie zebranego materyału kiłowego z jednej strony, a z drugiej strony kontroli przypadków niekiłowych, musimy dojść do przekonania, że u chorych, którzy czas dłuższy ulegali działaniu krętka bladego, jakoteż jego produktów, powstaje w rozmaitych okresach kiły swoisty odczyn skórny.

Odczyn ten, jak wykazuje doświadczenie, zależy ściśle od okresu kiły, przyczem bardzo ważną rolę gra ilość i jakość terapii. W kile wczesnej, czyto leczonej, czy nie leczonej, odczyn tem ma wobec odczynu Wassermanna tylko drugorzędne znaczenie. Wartość odczynu skórnego rośnie dopiero w późnych okresach kiły (nawet systematycznie leczonej). Gdy odczyn Wassermanna na czas dłuższy lub na zawsze znika, zjawia się wówczas odczyn skórny, który w okresie kiły późnej (trzeciorzędnej, utajonej, wrodzonej) wskazuje, że ustrój znajduje się jeszcze pod działaniem krętków.

Nietylko w rozpoznawaniu różnych okresów kiły powinien odczyn ten być dalej badany, lecz także w rozpoznawaniu różniczkowem późnej kiły (przy braku dodatniego odczynu Wassermanna) powinien znaleść zastosowanie.

Również w rokowaniu kiły leczonej znajdzie odczyn skórny zapewne zastosowanie w miarę dalszych prób w tym kierunku. U osób kiłowych, leczonych czas długi, gdzie objawów klinicznych nie stwierdzamy, a próby serologiczne dają wynik ujemny, ujemny wynik odczynu skórnego będzie może oznaczać zupełne wyleczenie kiły.

Ze sprawą wyleczonej kiły wiąże się sprawa t. zw. przestrojenia tkanki (Umstimmung des Gewebes) i t. zw. odwrócenie ujemnego odczynu Wassermanna po zastosowaniu odczynu skórnego Noguchiego. Zjawisko to spostrzegał Noguchi w 9 przypadkach na 177 kiłowych; również Müller i Stein podali zjawisko odwrócenia odczynu Wassermanna (Wien. klin. Wochenschrift Nr 21, 1911).

Wśród 158 przypadków kiłowych tylko w 2 przypadkach stwierdziliśmy wpływ częstszego (2—3) szczepienia luetyny na odczyn Wassermanna. Oba przypadki dotyczyły kiły trzeciorzędnej. W pierwszym przypadku po dwukrotnem zastosowaniu luetyny (odczyn skórny w obu przypadkach dodatni) nastąpiło odwrócenie przedtem stale ujemnego odczynu Wassermanna, w drugim zaś przypadku chodziło tylko o nasilenie bardzo słabego odczynu Wassermanna do zupełnego zahamowania. Odczyn skórny zastosowano w obu przypadkach w odstępach tygodniowych. Wpływ na odczyn Wassermanna wystąpił w obu przypadkach w trzecim tygodniu po zastosowaniu luetyny.

Zjawisko odwrócenia odczynu Wassermanna po zastosowaniu odczynu luetynowego tłómaczono tem, że powstałe po wstrzyknięciu ognisko samo wytwarza dodatni odczyn Wassermanna, lub też, jak inni przypuszczają, pobudza jakieś ukryte ogniska kiłowe do wytworzenia odczynu.

**Piśmiennictwo.** 1) Noguchi: Münch. m. W. 1911. Nr 5, 45. — 2) Nobel i Fluss: Wien. klin. W. 1912. Nr 13. — 3) Müller i Stein: Ibidem. 1913. Nr 11 i 21. — 4) Noguchi: Münch. m. W. 1913. Nr 14. — 5) Noguchi: Presse med. 1913. Nr 76.— 6) Kaliski: Med. Journ. New-York 1911. v. 98. — 7) Klausner: Wien. kl. W. 1913. Nr 2, 24, 46. — 8) Löwenstein: Med. Klin. 1913. Nr 11. — 9) Tomaszewski-Ferstner: Deut. m. W. 1913. Nr 26. — 10) Heumann-Beermann: Münch. m. W. 1913. Nr 28.— 11) Nakano: Archiv f. Syphilis. 1913. Nr 116. — 12) S. Benedek: Münch. m. W. 1913. Nr 36. — 13) Herold Boas i Ch. Dittersen: Hospitalstidende. 1913. Nr 35 i 36. — 14) Wolfsohn. Journ. Amer. med. Ass. Chicago. 1913. Nr 24. — 15) Fuzuki: Berl. klin. W. 1914. Nr 10.

## Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr J. Schäffer: **Albert Neisser.** Wieden 1917. (Urban i Schwarzenberg).

Długoletni asystent prof. Neissera, później profesor dermatologii we Wrocławiu, pisze gorące wspomnienie pośmiertne o swym ukochanym kierowniku i towarzyszu pracy. Autor podnosi przedewszystkiem ogólno-lekarskie wykształcenie Neissera, zdobyte na uniwersytecie we Wrocławiu, gdzie w tym czasie przodowało duże grono wybitnych uczonych. Już w r. 1877 jako 22-letni młodzieniec zostaje Neisser asystentem kliniki dermatologicznej we Wrocławiu, w której w pięć lat później po śmierci prof. Simona pozostaje dyrektorem aż do śmierci. Od czasu wstąpienia do kliniki rozpoczyna się jego praca naukowa, która wydała w ciągu lat wyjątkowo bujne i rozliczne owoce. Jako kierownik kliniki wychował Neisser całe szeregi badaczy, którzy dziś po różnych uniwersytetach niemieckich idą jego śladami. Do wzorowo prowadzonej kliniki zjeżdżali się z różnych stron świata lekarze, aby, pewni dobrego przyjęcia i opieki ze strony znakomitego uczonego, pracować w obranym zawodzie pod jego kierunkiem. Dla oceny pracy naukowej Neissera nie wystarcza krótka broszura; niema bowiem dziedziny w zakresie chorób skórnych i wenerycznych, w której nie wyróżniałoby się jego nazwisko. Nie było ważniejszej idei w nauce, do którejby nie zapalił się jego umysł, zawsze żywy i bystry, choćby wspomnieć zorganizowaną wyprawę do Batawii celem badania kiły na małpach, udział Neissera w wypracowaniu odczynu serologicznego kiły, prace o leczeniu salwarsanem, gruźlicy, chorób wenerycznych. Każdą jego pracę cechowały zapał, ścisłość, krytycyzm, wielkie doświadczenie i logiczność wywodów. Osobiste cechy charakteru, prostota w obejściu, jednały Neisserowi licznych przyjaciół; wykładami swymi czy w klinice, czy na zjazdach porywał słuchaczów, — roztaczał pewien urok swej silnej osobowości, jak się wyraża Schäffer. Imię tego niepospolitego człowieka pozostanie niewątpliwie trwale w nauce.

Krzyształowicz.

## Sprawy Towarzystw naukowych.

### Towarzystwo lekarzy ziemi lubelskiej.

(Rok 1915/16, XLII działalności Towarzystwa).

Sprawozdawca Dr Wacław Jasiński.

### VI. Posiedzenie zwyczajne d. 4. marca 1916.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński; obecnych 8 członków.

1. S. Dobrucki omówił przypadek **ciąży zewnątrzmacicznej**, w którym pęknięcie nastąpiło podczas badania gineko-

logicznego. D. zwraca uwagę na ostrożność, z jaką trzeba dokonywać podobnych badań w przypadkach podejrzanych.

2. Uchwalono, aby zebrani — w osobach P. Borsukiewicza, C. Czerwińskiego, S. Dobruckiego, B. Dziemskiego, M. Garbaczewskiego, W. Jasińskiego, A. Jaworowskiego i W. Tołwińskiego — utworzyli komitet redakcyjny Pamiętnika Zjazdu; W. Tołwińskiego uproszono o zajęcie się techniczną stroną wydawnictwa.

### VII. Posiedzenie nadzwyczajne d. 17. marca 1916.

Przewodniczący Cz. Czerwiński, sekretarz W. Jasiński; obecnych członków 13.

1. Cz. Czerwiński oznajmia, że posiedzenie poświęcone jest omówieniu sposobów **walki z chorobami zakaźnemi w mieście Lublinie** i okolicy i streszcza najpilniejsze postulaty i wskazania w tej sprawie. Zwracając uwagę na szereg zarządzeń sanitarnych, które dotąd były zaniedbane lub wręcz pominięte, nawołuje mówca do samopomocy społeczeństwa i wskazuje, że Towarzystwo lekarskie ma obowiązek uświadomić ogół co do rozmiarów niebezpieczeństwa i sposobów walki, dotychczasowy zaś brak środków dałby się usunąć drogą dobrowolnego opodatkowania ludności zamożniejszej w okolicach zagrożonych. Mówca proponuje wydanie odezwy do ludności, porozumienie z komitetami ratunkowymi oraz stworzenie komisyi do opracowania szczegółów walki.

Po ożywionych rozprawach przyjęto wnioski Cz. Czerwińskiego i uchwalono: 1) Opracowanie odezwy do ludności oraz memoryału do władz miejskich powierzyć Zarządowi. 1) Utworzyć dwie komisye: jedna ma się zająć opracowaniem planu walki z epidemią na prowincyi, a w szczególności ma udzielać komitetom prowincyonalnym odpowiednich informacyi i wskazówek oraz ułatwiać skompletowanie personalu pomocniczego (felczerów, położnych, sanitaryuszy, pielęgniarek i t. p.); do komisyi tej weszli: Borsukiewicz, Cynberg i Dziemski. Druga zaś komisya uwzględni przedewszystkiem walkę z epidemią w mieście, obmyślając sposoby doprowadzenia do czystości wielu zaniedbanych domów i mieszkań w dzielnicach zagrożonych (sposoby oczyszczania podwórz, klatek schodowych, mieszkań, oraz t. zw. »odwszawiania« (desinsectio). Do komisyi tej weszli: Jarnuszkiewicz, Prussak, Stano i medyk Biernacki.

### VIII. Posiedzenie zwyczajne d. 4. kwietnia 1916.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński; obecnych 15 członków.

1. Przeznaczono na Kasę wdów i sierot po lekarzach 248 koron, zebranych zamiast wieńców na trumnę zmarłych członków Towarzystwa ś. p. K. Rotkela i ś. p. I. Jaroszyńskiego.

2. W. Jasiński przedstawił:

a) 11-miesięczne dziecko, dotknięte **mongołowatością** (mongolismus). Przestrzeń międzyoczna szeroka, zez, zmarszczka nakątna (epicanthus), nos mały, szeroki u podstawy, uszy małe; język wystający, gruby, podniebienie rynienkowate; bardzo wybitna wiotkość stawów, niewielka przepuklina pępkowa; tony serca czyste. Rozwój umysłowy znacznie upośledzony; bardzo wybitnie występuje charakterystyczny dla mongolików sposób oddychania, przypominający dźwięki, wydawane przez świnie (»charczenie«); ten objaw właśnie skłonił matkę do zwrócenia się o poradę lekarską.

b) 10-letnią dziewczynkę z objawami **niedostatecznego wydzielania gruczołu tarczowego (hypothyreosis).** Małka O., l. 10, sierota; brak danych co do dziedziczności i wywiadów szczegółowych; przyjęta do szpitala dla dzieci w styczniu r. b. z powodu obrzęków i podejrzenia co do przewlekłego zapalenia nerek. W wejrzeniu zewnętrznem dziecka i jego budowie zwracają uwagę: rysy twarzy grube, wyraz stary; czoło nizkie, zarośnięte, nos płaski, mały; oczy nieco skośne, usta szerokie; skóra sucha, szorstka, łuszczy się i pęka. Budowa dobra przy małym wzroście: długość ciała 95·5 (zamiast 130 cm), obwód klatki piersiowej 59½, czaszki 49·2; kończyny górne 34·5, dolne 55; stopy i dłonie wybitnie krótkie a szerokie, grube, krótkie palce. Brzuch duży, ślad przepukliny pępkowej. Język dość gruby, »posiekany«. Uporczywe zaparcie stolca. W moczu białka ani wałeczków nie wykryto. Brak zaburzeń inteligencyi: dziecko, początkowo nieco apatyczne, ożywiło się w szpitalu, dość szybko zwiększa zapas wyrazów polskich, wylicza dni w tygodniu; wie, dlaczego umieszczono ją na stałe w ochronie i t. p. Leczona tyreoidyną od 3 tygodni (od 0·12 do 0·2 p. die).

3. Cz. Czerwiński przedstawił preparat **mięśniakomięsaka macicy** (myosarcomatosis), uzyskany drogą cięcia brzusznego.

4. Dr J. Celarek (gość) odczytał pracę p. t. **Badania nad etyologią duru plamistego.** Prelegent przytoczył pokrótce, jakie drobnoustroje podawane były w różnym czasie i przez różnych badaczy za przyczynę duru plamistego, a więc twory, opisane przez Moreau (1888), Hlavę (1889), Lewaszewa (1892), wiciowce Calmettea i z nowszych dwuprątki (diplobacillus) Fürtha (1912) i Müllera oraz prątki Petruschkyego (1915) i laseczniki Plotza (1915). Dłużej omówił C. dawniejszy, a prawdopodobny pogląd Weila, że przyczyną duru plamistego jest odmieniec (proteus vulgaris), który, przechodząc przez ustrój wszy ubraniowych, nabiera szczególnej jadowitości. Pogląd ten oparty jest na spostrzeżeniu, że surowica chorych na dur osutkowy aglutynuje bardzo wysoko (1:800) prątka odmieńca. Najdłużej zatrzymał się prelegent na opisanych w r. 1913 przez Provazkę i Heglera tworach ziarenkowatych, znajdowanych w ciałkach białych krwi chorych na dur osutkowy; C. przedstawił te twory na tablicach, sporządzonych według własnych preparatów z krwi chorych w szpitalu Jana Bożego w Lublinie.

W dyskusyi: a) Polak (z Warszawy) zapytuje o badania prof. Otto, który miał podobno przedstawiać niedawno na Zjeździe w Berlinie wykryte drobnoustroje duru wysypkowego. — b) B. Dziemski zapytuje, czy zdaniem prelegenta droga przenoszenia duru przez wszy ubraniowe jest wyłączną i jedyną, czy nie zdarza się zakażenie przez drogi oddechowe. — c) Prelegent w odpowiedzi oświadczył, że o badaniach Otto nic pewnego nie wie, co do przenoszenia zarazy wszy ubraniowe są według wszelkiego prawdopodobieństwa jedynym pośrednikiem. — d) Polak dodał, że lekarze wojskowi armii niemieckiej oświadczają się co do tego kategorycznie twierdząco.

5. Dr J. Polak, inspektor sanitarny Warszawy, obecny jako gość na posiedzeniu Towarzystwa, na prośby zebranych przedstawił w krótkości **zarządzenia sanitarne w stolicy.** Komitet sanitarny istniał początkowo jako sekcya przy Stowarzyszeniu lekarzy, następnie przy Komitecie obywatelskim; był on przez dawny zarząd wojskowy obficie wyposażony: przeznaczono na zarządzenia sanitarne 2 miliony rubli na miasto i 4 miliony na gubernię warszawską; z tego przed opuszczeniem Warszawy wydano około 600 tysięcy. Utworzono 20 okręgów sanitarnych, każdy pod zarządem 2 lekarzy, stworzono opieki obywatelskie, utworzono komisye (popularyzacyjną, sanitarno-lekarską, dla bezdomnych), wykształcono szereg sanitaryuszy i pielęgniarek. Organizacya ta w sierpniu 1915 znalazła się w kłopotach finansowych — mimo to rozwija się dalej. Instytucye sanitarne: Sekcya zdrowia publicznego przy Radzie miejskiej oraz Urząd zdrowia (fizykat) z 10 członków z inspektorem sanitarnym na czele mają dość duże atrybucye, sporządzają protokoły i nakładają kary za zaniedbanie przepisów sanitarnych; jest już opracowany i wkrótce wejdzie w życie szczegółowy regulamin dla milicyi. Z urządzeń sanitarnych wymienił prelegent: domy izolacyjne — centralny w mieście i 4 na przedmieściach, piece do odwszawiania oraz zakłady kąpielowe, prowadzone kosztem miasta w razie opuszczenia ich przez właścicieli prywatnych; wprowadzono też nakaz przymusowego szczepienia ospy.

W dyskusyi zapytywano o szczegóły, dotyczące odnośnych zarządzeń (Kiełczewski, Jasiński, Cynberg) i o odsetkę śmiertelności z powodu duru plamistego w Warszawie. Jak wyjaśnił prelegent, waha się ona od 3 do 5%.

6. Cz. Czerwiński, zdając sprawę z rozpoczętej przez Towarzystwo akcyi w **walce z epidemią duru plamistego w Lublinie** i okolicy, zawiadamia, że odezwa do ludności jest już w druku, memoryał do Rady miejskiej już przesłano, prace komisyi jeszcze nie zostały ukończone. Towarzystwo lekarskie przedstawiło, jako kandydata na kierownika komisyi sanitarnej w Lublinie, Dr Wł. Tołwińskiego.

---

# Higiena społeczna.

### Krajowa Komisya zwalczania gruźlicy.

Utworzona przez Wydział krajowy Krajowa Komisya zwalczania gruźlicy odbyła I. posiedzenie d. 31. III. 1917 w Krakowie (w Domu Towarzystwa lekarskiego) pod przewodnictwem Dr S. Bernadzikowskiego, szefa Depart. sanit. Wydziału kraj. Obecni byli: protomedyk radca Dr Lachowicz, krajowy inspektor sanitarny Dr Kuhn, Paweł ks. Sapieha, prof. Dr Ziembicki i prof. Dr Panek z Krajowego Czerwonego Krzyża, A. hr. Wodzicki,

prof. Dr Kostanecki, Doc. Dr Janiszewski, prof. Dr Wiczkowski, Dr Selzer z Towarzystwa walki z gruźlicą, r. dw. Brückner, Dr W. Momidłowski z Kraj. Komisyi opieki nad inwalidami, r. dw. prof. Dr Gluziński i prof. Dr Latkowski z Wydziałów lekarskich uniw., K. Osiowski, dyrektor Kasy chorych w Drohobyczu, Dr Müller, inspektor szpitali kraj., inżynier Wydziału kraj. Kamienobrodzki, sekretarz Wydziału kraj. Ostrowski-Bełza.

Na porządku dziennym były referaty w sprawie ogólnej akcyi przeciwgruźliczej w kraju i urządzenia opiek przeciwgruźliczych (doc. Dr Janiszewski), w sprawie planów szpitali gruźliczych i wyboru miejscowości na nie (Wydział krajowy), podania o subwencye rządowe, wnioski lwowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą w sprawie deputacyi do Wiednia i tworzenia kół prowincyonalnych, oraz sprawa zwiększenia liczby członków Komisyi krajowej.

Komisya uchwaliła według wniosków referenta, doc. Dr Janiszewskiego, jako zasady ogólnej akcyi przeciwgruźliczej: a) Opieka i leczenie sanatoryalne dla lekko chorych. b) Nieuleczalni, a zdolni do pracy, powinni być pomieszczeni w schroniskach z warsztatami, pracowniami i t. p. c) Nieuleczalni z otwartą gruźlicą, do pracy niezdolni, znajdą pomieszczenie w oddziałach przy szpitalach powszechnych. Segregacya chorych odbywa się w dyspensatoryach. W działalności profilaktycznej doniosła jest ochrona dziecka. Dalej uchwaliła Komisya wniosek tegoż referenta o przetłómaczenie przez Namiestnictwo rozporządzenia ministeryalnego w sprawie urządzania opiek gruźliczych, celem spopularyzowania tego rozporządzenia w kraju, jak również wnioski o poparcie podań o subwencye rządowe na utrzymanie opiek gruźliczych dla lwowskiego i krakowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą, dla kolonii leczniczej w Rabce, dla Domów zdrowia »Odrodzenie«, »Pomoc bratnia« i Nauczycielstwa polskiego w Zakopanem, oraz upoważniła swoje Biuro w Krakowie do popierania w swojem imieniu podobnych podań.

W dyskusyi podnosił r. dw. prof. Gluziński konieczność zakładania dyspensoryów i budowy pawilonów dla otwartej gruźlicy przy szpitalach, prof. Latkowski potrzebę kształcenia lekarzy na kierowników dyspensoryów, a ks. Sapieha wniósł, by wysłać do Wiednia deputacyę dla uzyskania funduszów od rządu na walkę z gruźlicą w Galicyi. Oburzenie zebranych wywołała udzielona w dyskusyi wiadomość o oświadczeniu szefa sekcyi Wolffa w Wiedniu, że »władze centralne nie zamierzają przyznać ani halerza na zwalczanie gruźlicy w Galicyi, dopóki stosunki polityczne się nie wyjaśnią« (!). Radca Lachowicz sądzi, że mimo to nie należy wstrzymywać starań o uzyskanie funduszów rządowych i wnosić podania przez Namiestnictwo, dyrektor Osiowski zaś podnosi doniosłość współdziałania kas chorych w akcyi zwalczania gruźlicy i zwraca uwagę na poważne środki, jakimi te kasy rozporządzają.

Projekt statutu Krajowej Komisyi zwalczania gruźlicy, przedstawiony przez p. Ostrowskiego-Bełzę, jak również wniosek prof. Wiczkowskiego o tworzenie prowincyonalnych kół Komisyi przekazano Biuru komisyi do rozpatrzenia i sprawozdania na następnem posiedzeniu.

Uchwalono wysłać dla uzyskania funduszów rządowych do Wiednia deputacyę, złożoną z A. hr. Wodzickiego, P. ks. Sapiehy, prof. Dr Kostaneckiego, prof. Dr Gluzińskiego i doc. Dr Janiszewskiego. Deputacya ta ma zarazem przedstawić ministerstwu oświaty wniosek o urządzenie obowiązkowych kursów o gruźlicy dla słuchaczów Wydziałów lekarskich.

Przedstawione przez inż. Kamienobrodzkiego projekty i plany pawilonów dla gruźliczych przy szpitalach powszechnych przekazano do rozpatrzenia komisyi, złożonej z doc. Dr Janiszewskiego, prof. Dr Wiczkowskiego, prof. Dr Gluzińskiego, inż. Kamienobrodzkiego i insp. Dr Müllera.

Powiększeniu liczby członków Krajowej Komisyi sprzeciwił się A. hr. Wodzicki, oświadczając się raczej za kooptacyą w razie potrzeby. Sprawę tę przekazano do rozpatrzenia Biuru komisyi.

W końcu poleciła Komisya swemu Biuru utworzyć subkomisyę dla zakładania dyspensoryów przy współdziałaniu Towarzystwa Czerwonego Krzyża, zbadać sprawę informowania kas chorych i kooptacyi delegata Związku kas chorych do komisyi, oraz przekazała lwowskiemu Kołu Towarzystwa walki z gruźlicą sprawę założenia opiek gruźliczych w Drohobyczu i Borysławiu.

r.

---

## Projekty ustroju sanitarnego Królestwa Polskiego i Galicyi.

(Dokończenie).

4. Lekarze gminni. Służbę sanitarną w gminach sprawują lekarze gminni, względnie okręgowi. Uregulowanie tej sprawy należy pozostawić ustawodawstwu krajowemu. Z całym jednak naciskiem należy dążyć do tego, aby państwową ustawą sanitarną stworzono wytyczne, któreby umożliwiły rozwiązanie ważnych zagadnień gminnej służby sanitarnej we wszystkich krajach koronnych monarchii według zasad jednolitych, i to jaknajrychlej. Zasada, aby lekarz aż do najwyższej instancyi podlegał na swem zawodowem stanowisku tylko lekarzowi, wymaga, aby lekarze gminni również podlegali koledze lekarzowi w siedzibie władzy krajowej i aby służbowo byli zupełnie niezależni od naczelnika gminy. Lekarz gminny ma przy wykonywaniu swego zadania charakter urzędnika publicznego.

5. Najwyższa Rada zdrowia jest najwyższym organem doradczym wszystkich najwyższych władz państwowych w sprawach zdrowia publicznego. Do tej Rady należą jako członkowie zwyczajni: 1. kierownik państwowego urzędu zdrowia, 2. profesorowie uniwersytetu, jako przedstawiciele nauki, powołani przez rząd, 3. przedstawiciele lekarzy gminnych, lekarzy kas chorych i lekarzy wolno praktykujących, wybrani z Izb lekarskich, 5. w przypadkach obrad nad ważną sprawą sanitarną jednego z krajów koronnych, szef sanitarny i prezydent Izby lekarskiej tego kraju. W szczególności ma być zasięgane zawsze zdanie Najwyższej Rady zdrowia, zanim od władz naczelnych wyjdą projekta ustaw lub rozporządzenia, dotyczące ważnych spraw zdrowia publicznego.

6. Krajowa Rada zdrowia jest organem doradczym kierownika rządu krajowego, należą zaś do niej: 1. krajowy szef sanitarny, 2. trzech do sześciu znawców spraw sanitarnych, mianowanych przez rząd, przyczem uwzględnić należy przedstawicieli lekarzy praktykujących, 3. dwaj wysłannicy Wydziału krajowego, z których przynajmniej jeden lekarz gminny, 4. dwaj przedstawiciele Izby lekarskiej, jako członkowie zwyczajni. Zdania Krajowej Rady zdrowia należy zawsze zasięgnąć, ilekroć władza krajowa ma rozstrzygać w sprawach zdrowia publicznego.

7. Przyboczne Rady zdrowia starostw (powiatowe) składają się z c. k. lekarza urzędowego i dwóch członków, wybranych przez lekarzy. Zadaniem tych Rad jest przedewszystkiem współdziałać w razie epidemii, mają one jednak zresztą we wszystkich ważniejszych sprawach sanitarnych być organem doradczym władzy politycznej.

---

Porównanie polskich projektów między sobą i z projektem Izb lekarskich austryackich nasuwa kilka uwag. Wszystkie projekty zgadzają się ze sobą najzupełniej w jednym tylko punkcie, mianowicie w żądaniu, by na czele urzędów sanitarnych wszelkich kategoryi stali lekarze. Ta rzecz nie jest niczem nowem, ani też żadnym specyalnym postulatem lekarzy; jestto wyraz ogólnej dążności, objawiającej się w całej Europie, do należytego podziału pracy i do ekonomii w administracyi publicznej przez oddanie spraw specyalnych w ręce znawców, jakoto: rolniczych— rolnikom, technicznych — technikom itp., a sanitarnych — lekarzom. Niemniej faktem jest, że w tem racyonalnem zużytkowaniu fachowców myśmy co do spraw sanitarnych wyprzedzili innych, a to w tym okresie dziejów Królestwa, do którego nawiązuje Dr Chodźko.

W drugim jeszcze punkcie są wszystkie projekty do siebie zbliżone, aczkolwiek nie ze wszystkiem zgodne: w żądaniu większej samodzielności i większej egzekutywy dla urzędów sanitarnych, niż dotąd przeważnie było. Co do naczelnego urzędu sanitarnego, to najdalej idą w tym względzie Doc. Dr Janiszewski i Dr Chodźko, mówiąc o sanitarnem »ministerstwie« w ścisłem znaczeniu tego słowa. Według jednego z projektów ma być minister taki stałym (np. mianowanym na lat 6); to zastrzeżenie trudno, co prawda, pogodzić z dzisiejszem pojęciem ministerstw parlamentarnych. Inne projekty przyjmują naczelną władzę sanitarną (Centralną Radę zdrowia, Dyrekcyę główną zdrowia, Państwowy Urząd zdrowia), jako osobny wydział rządowy w jednem lub przy jednem z ministerstw (spraw wewnętrznych, spraw samorządu). Pierwotnie myślały i Izby lekarskie austryackie o »ministerstwie« zdrowia, po kilkoletnich jednak roztrząsaniach od tego odstąpiły z motywów godnych uwagi. (Bliższe szczegóły znaleźć można w przytoczonych powyżej sprawozdaniach z Wieców Izb w latach 1908—1913). Samodzielność urzę-

dów sanitarnych w stosunku do innych władz administracyjnych zakreślają różne projekty w bardzo różnych granicach; najdalej posuwa się Dr Polak swem pojęciem urzędów sanitarnych powiatowych, jako części urządzeń samorządowych i żądaniem stanowczego głosu dla lekarzy sanitarnych w zarządach samorządowych (tychsamych, które ich będą mianować i opłacać). Inne projekty żądają ogólnie niezależności administracyi sanitarnej od administracyi politycznej; dokładniej określa to Dr Chodźko, jako »zupełną niezależność od niższych władz administracyjnych«. Również rozmaicie określają różne projekty stosunek służbowy urzędów sanitarnych niższych stopni do urzędów sanitarnych wyższych stopni. Najswobodniej radby ten stosunek ukształtować Dr Polak; według jego pomysłu już urzędy powiatowe (= starostwa), a temwięcej gminne, nie podlegają władzy państwowej, zależąc w y ł ą c z n i e od władz samorządowych. O takiej niezawisłości gminnych urzędów zdrowia wspomina i Doc. Dr Janiszewski. Natomiast wszystkie inne projekty zmierzają do stworzenia z ustroju sanitarnego jednolitej, zwartej organizacyi, nie rozłamującej się przed stopniem ostatnim, najniższym, lub przedostatnim, na dwie, niezależne od siebie, nie popadającej przeto nigdzie w dualizm, przed którym usilnie ostrzega Dr Jaworski. Niewątpliwie uregulowanie stosunku służbowego lekarzy gmin i związków gmin (okręgów) do wyższych urzędów sanitarnych jest trudne, nie rozwiąże jednak sprawy wyłączenie tej grupy lekarzy z jednolitej organizacyi sanitarnej i pozostawienie ich w zależności od zarządów gminnych, które było już w Galicyi polem do bardzo niekorzystnych doświadczeń. Izby lekarskie galicyjskie szukają wyjścia z tej trudności przez półurzędowy niejako charakter lekarzy gminnych (według wzoru niemieckiego stanowiska »im Nebenamte«) i przez zastrzeżenie im pewnych przywilejów na wzór tych, jakie istnieją w sądownictwie.

Ze sprawą samodzielności organizacyi sanitarnej względem innych władz wiąże się ściśle sprawa przysługującej urzędom sanitarnym władzy wykonawczej i sposobu tej egzekutywy. Tylko jednak niektóre projekty obejmują stworzenie osobnych organów wykonawczych w postaci sanitaryuszy. Niektóre projekty żądają prawa egzekutywy wprost przez organa policyjne (n. p. żandarmeryę); nasuwa się tu wątpliwość, czy to jest praktycznie możebne, oraz, o ile ta droga byłaby korzystną w sprawach, w których warunkiem powodzenia jest zyskanie zaufania i przychylnego stanowiska ludności. Wogóle zaś odnosi się wrażenie, że większość projektów zbyt mało zwraca uwagi na konieczność własnych organów wykonawczych dla urzędów sanitarnych.

Największe różnice są w poglądach na zakres działania administracyi sanitarnej, na skład i sposób urzędowania władz sanitarnych, udział czynników obywatelskich i liczbę instancyi, czy stopni urzędów sanitarnych. Niektóre projekty (Dr Polak) zakreślają działaniu administracyi sanitarnej granice prawie takie, w jakich zamyka się ono dziś np. w Niemczech lub w Austryi; inne, wprost przeciwnie, rozszerzają ten zakres nawet na sprawy odległe, należące np. do polityki ekonomicznej (ubezpieczenie na starość), do dziedziny wychowania (leżącej już poza zakresem wychowania fizycznego) itd. W składzie i sposobie urzędowania proponowane są wszystkie stopnie, począwszy od złożenia całej władzy i odpowiedzialności na jednostkę (Dr Chodźko), poprzez ciała kolegialne czysto urzędnicze, aż do gron mieszanych, nawet przeważnie z wyboru. Jedni odrzucają wszelkie grona doradcze, inni pragną je utworzyć przy urzędach sanitarnych wszystkich stopni, niektóre projekty (Dr Polak) tworzą nawet grona doradcze tak liczne (zjazdy), że prawie mające charakter luźnych wieców. Równie wielkie różnice zdań są w sprawie udziału czynników obywatelskich, nie fachowych, przyczem niekiedy wypadają nawet w tymsamym projekcie pewne sprzeczności. (Różnice co do liczby instancyi (stopni) urzędów sanitarnych można tu pominąć, bo określanie tej liczby jest wogóle przedwczesne, zanim nie będzie wiadomo, jak wogóle będzie ustopniowana administracya kraju).

Te znaczne różnice w wielu ważnych zasadach wymagają rychłego wyrównania. Pamiętać należy, że jakkolwiekby się w przyszłości ukształtowały granice polityczne, to jednak naturalny związek krajów etnograficznie i kulturalnie bliskich, jak Królestwo z Galicyą, wymagać będzie, aby ich urządzenia administracyjne

dostosowane do właściwości kraju i jego mieszkańców, były do siebie ile możności podobne. Tylko w ten sposób osiągnie się najkorzystniejszy dla postępu i rozwoju wzajemny stosunek dzielnic. Odnosi się to do spraw zdrowia publicznego w mierze nie mniejszej, niż do innych spraw publicznych i społecznych. Dlatego wadliwe byłoby dalsze rozpatrywanie każdego z projektów w osobnych gronach bez udziału rzeczników innych projektów; należałoby zaś zmierzać do rychłego skupienia dalszej pracy w jednem, nie zanadto licznem, gronie, z udziałem rzeczników wszystkich projektów i znawców sprawy (lekarzy i prawników) ze wszystkich dzielnic Polski. *r.*

## Wiadomości bieżące.

**Kraków.** Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 25. IV. b. r. posiedzenie, na którem Dr Radwańska przedstawiła przypadek gruźlicy części pochwowej, a Dr Rychliński okaz skórzaka jajnika z rzadkiem przeobrażeniem treści. Następnie prof. Dr Godlewski wygłosił pierwszą część wykładu: O zwalczaniu chorób zakaźnych, zwłaszcza duru osutkowego, zapomocą kolumn sanitarnych, oraz spostrzeżenia nad durem osutkowym. (Drugą część wykładu wygłosi Dr Dadej na jednem z następnych posiedzeń). Towarzystwo uchwaliło wyrazić prof. Godlewskiemu i jego współpracownikom jak najgorętsze uznanie za pełną poświęcenia pracę w kolumnach sanitarnych i za ich organizacyę. W dyskusyach przemawiali kol. Braun, Blassberg, Ciechanowski, Godlewski, Momidłowski, Rosner, Rychliński, Weinsberg. Wreszcie wybrano komisyę, która rozpatrzy sprawę utrzymania kolumn sanitarnych na stałe.

Następne posiedzenie odbędzie się 2. maja 1917 w Domu Towarzystwa.

— Wydział lekarski krakowski urządził z końcem zimowego półrocza osobny kurs o gruźlicy dla słuchaczy, kończących studya. W kursie uczestniczyło 23 słuchaczy, a wykłady i zajęcia praktyczne prowadzili: prof. Nitsch, Ciechanowski, Latkowski, Rutkowski i doc. Janiszewski.

— Prof. Dr Godlewski opracowuje podręcznik embryologii.

**Lwów.** Profesor tytularny doc. Dr Bednarski mianowany został profesorem nadzwyczajnym.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Janina Morawiecka, rodem z Gródka Jagiellońskiego.

**Warszawa.** Epidemia duru plamistego, nie ustająca w Warszawie, skłoniła Delegacyę zdrowia publicznego do energicznych kroków, zwłaszcza w sprawie donoszenia o przypadkach zachorowania. Prasa lekarska wzywa gorąco lekarzy, by w tym względzie jaknajgorliwiej współdziałali. W ciągu niespełna 2 miesięcy padło ofiarą epidemii 3 lekarzy miejskich; rodzinom ich wypłaci Magistrat po 5.000 rb. (Med. i Kron. lek. 16).

— Towarzystwo lekarskie warszawskie przyznało nagrodę konkursową im. Chałubińskiego p. Jadwidze Loth-Niemiryczowej za badania anatomiczne i antropologiczne nad kanałem wyrostków poprzecznych kręgów szyjnych. (Med. i Kron. lek. 16).

**Redakcya otrzymała:** Mikulski: 1) Dwunaste sprawozdanie roczne z czynności szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych »Kochanówka« pod Łodzią za r. 1914. (Warszawa 1916). 2) Toż za r. 1915. (Zgierz 1916).

**Bibliografia.**

**Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften.** Rocznik VIII. 1917. Monachium (J. F. Lehmann). Kwiecień (cena 2·25 Mk.).

Czwarty tegoroczny zeszyt kursów zawiera rozprawy z zakresu urologii, chorób skórnych i wenerycznych pióra prof. Josepha, oraz pracę prof. Schlayera »O niezłośliwym białkomoczu«.

**Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w kwietniu 1917.**

*Gazeta lekarska* Nr 13—16.: Horodyński: Przykurczenie rozcięgna dłoniowego czyli t. zw. chóroba Dupuytrena (13—15). — Schusterówna (dok. 13). — Koniecpolski: O leczeniu tyfusu plamistego karbolem (14). — Sierakowski: O wpływie różnych sposobów przyrządzania szczepionek na miano aglutynacyjne osób szczepionych przeciw cholerze i tyfusowi (15—17). — Wrześniowski: Leczenie gruźlicy chirurgicznej kąpielami słoneczno-powietrznemi w klimacie naszym (16).

*Medycyna i Kronika lekarska* Nr 13—16.: Erlichówna: Dwa przypadki zgorzeli płuc u dzieci (13—14). — Męczkowski (dok. 15). — Zawadzki (dok. 14). — Jakowicki: Chirurgia polowa na froncie (16). — Zawadzki: Organizacya służby zdrowia w Polsce (16).

*Zdrowie* Nr 3.: Starkiewicz: Działalność K. Chełchowskiego w zakresie higieny ludowej. — Uroczyste posiedzenie w Towarzystwie higienicznem warszawskiem w celu uczczenia zasług ś. p. K. Chełchowskiego. — Chełchowski: Ruch śmierci i urodzeń w parafiach Zakopanem i Poroninie od 1786 r. do 1912 r. — Chodźko: Punkty wytyczne ustawy szpitalnej dla Państwa Polskiego.

*Kronika dentystyczna* Nr 4.: Zilz: Wojenne lekarsko-dentystyczne spostrzeżenia i doświadczenia.

Odpowiedzialny redaktor:
**Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

**Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego** odbędzie się we środę **d. 2. maja** 1917 o godzinie 6 wieczór **w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Wybór członków honorowych. 2) Dr K. Michejda: O zgorzeli gazowej, jako zakażenie przyranne w dzisiejszej wojnie.

## Nadesłane.

Towarzystwo lekarskie lwowskie uchwaliło na posiedzeniu w dniu 26. I. 1917 na wniosek Komisyi przemysłowo-lekarskiej udzielić polecenia dla preparatów firmy »Laokoon«: »**Opagen**«, »**Strophantus**«, »**Ovarid**« i **preparatów do wstrzykiwań podskórnych** (z wyjątkiem alcarsodylów, których badanie chemiczne dotąd nie jest ukończone). Na mocy tej uchwały przysługuje firmie »Laokoon« prawo używania co do tych preparatów formuły »Polecone przez Towarzystwo lekarskie lwowskie« i »pozostające pod stałą kontrolą Komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego lwowskiego«.

| Przewodniczący Komisyi przemysłowo-lekarskiej | Prezes Towarzystwa lekarskiego lwowskiego |
| --- | --- |
| Dr Stan. Kwiatkiewicz. | Dr W. Kohlberger. |

Treść:





Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.